



Plan de Cuidados Enfermero a una mujer con cáncer de mama desde el Modelo de Adaptación de Callista Roy

Trabajo Fin de Grado

Autora: Raquel Carrera García. Estudiante del Título de Grado en Enfermería en la Universidad Pública de Navarra.

Directora: Dra. Blanca Marín Fernández. Profesora Titular de Universidad de Área en Enfermería del Departamento de Ciencias de la Salud. UPNA

1. RESUMEN y PALABRAS CLAVE

Resumen:

El presente Trabajo Fin de Grado consta de un Plan de Cuidados Enfermero a una mujer que padeció cáncer de mama en el año 2000 desde el Modelo de Adaptación de Callista Roy.

Los objetivos que se plantean conseguir tras la elaboración de este TFG son, en definitiva, realizar una valoración enfermera a través del Roy Adaptation Model, identificando los estímulos y respuestas, para finalmente planificar los cuidados enfermeros mediante el lenguaje normalizado de la NANDA, NOC y NIC.

La metodología empleada ha sido cualitativa, concretamente, un estudio de caso, para el cual se ha empleado la herramienta de entrevista a través de la cual se ha podido elaborar el relato biográfico con los datos obtenidos en ésta.

En la discusión se compara el RAM, modelo empleado para la elaboración del Plan de Cuidados Enfermero de este TFG y la teoría de las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson, hasta el momento la utilizada para elaborar los Planes de Cuidados Enfermeros en las asignaturas del Grado en Enfermería.

Como conclusión se ha obtenido, a modo de resumen, que el RAM es un modelo válido para utilizarlo en la elaboración de Planes de Cuidados Enfermeros en la práctica asistencial, pero que conlleva un análisis mucho más psicológico e interno de la persona.

Abstract:

This Final Project consists of a Nurse Care Plan a woman who suffered from breast cancer in 2000 from the Adaptation Model Callista Roy.

The objectives set get behind the preparation of this TFG are, ultimately, make a nursing assessment through the Roy Adaptation Model, identifying the stimuli and responses, and finally nursing care plan using the standard language of the NANDA, NOC and NIC.

The methodology was qualitative, namely, a case study, for which we have used the interview tool through which it has been developing the story with biographical data on it.

The discussion compares the RAM, the model used for the preparation of the Plan of Care Nurse of the TFG and the theory of the 14 basic needs of Virginia Henderson, so far the used to develop nursing care plans in the subjects of the Degree Nursing.

In conclusion has been obtained, in summary, that the RAM is valid for use in the development of nursing care plans in clinical practice model, but it carries a much more psychological and internal analysis of the person.

Palabras Clave:

Roy – RAM – Cuidados – Cáncer de Mama

ÍNDICE

1. RESUMEN y PALABRAS CLAVE.....	1
2. INTRODUCCIÓN	3
3. MARCO CONCEPTUAL	4
3.1 Marco teórico	4
3.2 Marco metodológico.....	7
4. OBJETIVOS	8
4.1 Objetivo Principal.....	8
4.2 Objetivos Secundarios	8
5. METODOLOGÍA.....	9
5.1 Búsqueda y estudio bibliográfico.....	9
5.2 Selección de la informante	9
5.3 Planificación de la valoración	10
5.4 Realización de la entrevista	10
5.5 Transcripción de la entrevista.....	10
5.6 Análisis de la entrevista: Relato biográfico.....	10
5.7 Elaboración del Plan de Cuidados Enfermero	11
6. RESULTADOS	12
6.1 Relato biográfico.....	12
6.2 Plan de Cuidados Enfermero	15
6.2.1 Valoración por el Modelo de Adaptación de Callista Roy	15
6.2.2 Análisis de los datos: estímulo y respuesta.....	16
6.2.3 Diagnósticos Enfermeros (NANDA) – Resultados Enfermeros (NOC) – Intervenciones Enfermeras (NIC)	24
6.2.4 Plan de Cuidados Enfermero y Plan de Actuación	26
7. DISCUSIÓN	28
8. CONCLUSIONES	29
9. AGRADECIMIENTOS.....	30
10. BIBLIOGRAFÍA	31
Anexo 1. Esquema del Modelo de Adaptación	32
Anexo 2. Consentimiento para el informante	33
Anexo 3. Cronograma	34
Anexo 4. Transcripción de la entrevista	35

2. INTRODUCCIÓN

La elaboración del Trabajo Fin de Grado (TFG) con una carga lectiva de un total de 6 ECTS en el Grado en Enfermería por la Universidad Pública de Navarra es un requisito obligatorio que todos los estudiantes debemos superar para poder obtener el título de graduados.

La dirección de este TFG la realiza la Dra. Blanca Marín Fernández, cuyos temas ofertados para la elaboración del mismo están enfocados en los Planes de Cuidados Enfermeros desde las diferentes teorías y modelos de enfermería, los cuales se imparten en las asignaturas de Fundamentos de Enfermería y Bases Metodológicas de esta misma profesión. La idea de elaborar un Plan de Cuidados Enfermero la tuve desde el primer momento que empecé a pensar el tema para este TFG, pero desde que teoría y a que caso surgieron poco después.

Para la elección del caso a estudiar el proceso fue más complicado. El hecho de escoger una paciente que ha padecido cáncer de mama surge mientras realizada las prácticas asistenciales correspondientes a la asignatura de Practicum IV-a en la Unidad de Cirugía de Mama situada en la planta Cuarta General del Hospital B del Complejo Hospitalario de Navarra. En esta planta ingresan las mujeres que han sido intervenidas de cáncer de mama, entre otras intervenciones puesto que se trata de una planta quirúrgica. Decidí, pues, escoger el caso de una mujer que había padecido esta enfermedad porque me di cuenta que estas pacientes, a pesar del proceso tan duro que viven, a nivel físico por los cambios de imagen corporal y a nivel psicológico puesto que se trata de una enfermedad con una alta tasa de mortalidad, siempre reconocían la labor y el trabajo que los profesionales de enfermería realizamos. Es más, conforme pasaba el tiempo los agradecimientos y la amabilidad iba creciendo, otorgándole gran peso a la actividad enfermera y siempre con una sonrisa.

A la hora de escoger el modelo teórico a través del cual se enmarca este TFG, tras una breve y rápida revisión de las teorías y modelos de enfermería que estudiamos en la asignatura de Fundamentos de Enfermería, opte por la opción de aplicar el modelo teórico que Callista Roy elaboró en la década de los 70-80 dado que su propuesta de cuidados se centra en la adaptación de la persona a los estímulos que recibe desde su entorno, interno y externo, planteando la acción enfermera en esa ayuda para la adaptación en el caso de que las respuestas sean ineficaces. Este modelo ha sido muy útil y valioso para realizar el análisis de datos a través del mismo en el caso concreto de la mujer que padece cáncer de mama.

Por todo esto, basé mi TFG en elaborar un Plan de Cuidados Enfermero Individualizado en Cáncer de Mama aplicando el Modelo de Adaptación de Callista Roy.

En resumen, este documento se va a desarrollar en torno a la aplicación del modelo teórico enfermero de Callista Roy (RAM) en un Plan de Cuidados Enfermero Individualizado en un caso de una mujer que padeció cáncer de mama. Se trata de un trabajo cuya finalidad es utilizar un modelo teórico diferente para realizar la planificación de los cuidados enfermeros de los hasta ahora utilizados a lo largo de todas las asignaturas de la carrera, como son el modelo de 14 Necesidades Básicas de V.H o los 11 Patrones Funcionales de M.G.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1 Marco teórico

El TFG se va a realizar bajo el paraguas del modelo teórico enfermero que Callista Roy propone conocido como “*Roy Adaptation Model (RAM)*” ([Anexo 1](#)). Callista Roy nació en Octubre de 1939 en California y en la actualidad sigue viva. Ella, conocida también como Sor Callista Roy, fue miembro de la institución de las Hermanas de San José en Carondelet mientras que su formación como enfermera la realizó en el Mount Saint Mary’s College de LA acabando en 1963. Después de acabar los estudios en enfermería comenzó su formación en sociología, eso ya en la Universidad de California.

El RAM se pone en marcha en 1968 y es publicado en 1976, mientras ella cursaba un master en sociología. La idea de desarrollar un modelo teórico basado en la adaptación surge mientras Roy trabajaba en el ámbito de pediatría, donde pudo hacerse eco de la gran capacidad de recuperación que los niños tienen y de adaptación a los cambios físicos y psicológicos que tienen lugar a lo largo del desarrollo infantil. Fue tan grande el impacto que Callista Roy tuvo que creyó conveniente generar el marco conceptual de su teoría entorno a esto.

Para crear dicho modelo Callista Roy utilizó dos fuentes teóricas principalmente que son:

- Teoría de Adaptación de Harry Helson: toda persona elabora una serie de respuestas para adaptarse al entorno en el que vive, es decir, respuesta a estímulos.
- Teoría de los Sistemas de Von Bertalanffy: el ser humano funciona como un sistema holístico (bio-psico-social). Estas tres partes funcionan como un conjunto, interactuando entre ellas.

Bajo el paraguas de estas dos teorías Roy define a la persona como un sistema abierto el cual recibe, por parte del entorno, diferentes estímulos y a los cuales responde generando respuestas. Éstas deben ser adaptativas para que se pueda considerar que la persona goza de salud. Se entiende por adaptación *“al proceso y al resultado por los que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano en su entorno”* (Roy y Andress, 1999, p.30)

En caso de no ser así, se trata de respuestas ineficaces y es cuando entra en juego el papel de la enfermera, siendo su principal objetivo ayudar a la persona a que desarrolle respuestas adaptativas a los estímulos que proceden del entorno para alcanzar un grado de bienestar óptimo.

Los estímulos mencionados anteriormente, como describe Callista Roy en el Modelo de Adaptación, pueden ser internos (del interior de la persona) y externos (del entorno). Estos estímulos Roy los clasifica como:

- a) Estímulos focales: son los más importantes y requieren que la persona dedique toda su atención. Alrededor de éstos se encuentran los estímulos contextuales. Son estímulos internos, de la propia persona.
- b) Estímulos contextuales: son aquellos que afectan al estímulo focal y contribuyen a que aumente o disminuya la importancia de éstos.

- c) Estímulos residuales: son aquellos que una persona no es demasiado consciente de que existe, no sabemos qué efecto tienen sobre uno mismo y una vez conocidos pasan a ser estímulos contextuales. Aquí podemos agrupar las creencias culturales o las actitudes ante un proceso de enfermedad.

Roy, entendiendo la persona como un sistema, habla de dos subsistemas que componen a este sistema abierto. Estos subsistemas son: el subsistema de procesos primarios (mecanismos de afrontamiento) y el subsistema de procesos secundarios (modos de adaptación).

1. Subsistema de procesos primarios: Mecanismo de Afrontamiento

Los mecanismos de afrontamiento son lo que la persona utiliza para afrontar los estímulos que percibe por parte del entorno. Éstos son dos: el subsistema regulador y el subsistema relacionador. El primero integra los procesos de afrontamiento del sistema neurológico, endocrino y químicos. Mientras que el segundo hace referencia a los procesos cognitivos y emocionales como pueden ser el procesamiento de la información, aprendizaje, juicio y emoción.

2. Subsistema de procesos secundarios: Modos de Adaptación

Se entiende por modo de adaptación aquellas categorías de conducta para adaptarse a los estímulos. Por este motivo, cabe desarrollar dichos modos que son:

a) Función fisiológica

En este modo de adaptación se incluyen las necesidades básicas del ser humano y las formas de adaptación. Es decir, incluye: oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso, integridad de la piel, sentidos, líquidos y electrolitos, función neurológica y endocrina.

b) Autoconcepto

En este segundo modo de adaptación se deben recoger las creencias y sentimientos acerca de uno mismo. Se incluye la identidad física (sensación e imagen corporal), identidad personal (autocoherencias y autoideal), identidad moral y ética (autoobservación y autoevaluación).

c) Función de rol

En dicho modo de adaptación se recogen las conductas de la persona en relación a la posición que ocupa en la sociedad. Se clasifica como: rol primario (edad, sexo), rol secundario (marido, mujer, primo, nieto...), rol terciario (temporal de un particular).

d) Interdependencia

Se trata del modo de adaptación en el cual se agrupa la relación que la persona tiene con su familia y allegados así como los sistemas de apoyo de los que consta. Se trata de conseguir el equilibrio entre las conductas dependientes (ayuda, atención, afecta) y las conductas independientes (iniciativa y satisfacción). Se incluyen las necesidades de una persona como amor, educación y afecto.

A partir de los modos de adaptación la persona genera las respuestas que pueden ser, a su vez, adaptativas o ineficaces. Las respuestas adaptativas son aquellas que responden a

los estímulos. Las respuestas ineficaces, al contrario, no responden a los estímulos y es en este tipo de conductas en las cuales el papel de la enfermería entra en juego. Los profesionales de enfermería deben trabajar con el paciente y con su familia para conseguir que las respuestas ineficaces desaparezcan y solo existan las respuestas adaptativas. Es decir, el objetivo del cuidado enfermero debe ser siempre fomentar las respuestas adaptativas.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, Callista Roy define los cuatro conceptos del metaparadigma enfermero (entorno, persona, salud y enfermería) como:

Persona: la persona es un sistema abierto, holístico y unificado, que no tiene por qué ser un sistema individual (una única persona) sino que puede ser un sistema colectivo (familia, amigos, sociedad, etc). En este sistema holístico interactúa la parte física, psíquica y social. Callista Roy define a la persona como un sistema compuesto, a su vez, por dos subsistemas (subsistema de procesos primarios y subsistema de procesos secundarios) que se dividen dando lugar a seis subsistemas en total (mecanismos de afrontamiento y modos de adaptación).

Entorno: el entorno, definido por Callista Roy, es el conjunto de condiciones, circunstancias y de influencias que afectan al desarrollo de las personas y de los grupos. Estos conceptos, más conocidos por estímulos, pueden venir de factores internos o factores externos. Callista Roy distingue los estímulos en: estímulos focales, estímulos contextuales y estímulos residuales. Estos llegan a la persona y ésta debe generar una respuesta ante ellos, que debe ser adaptativa para considerar que la persona goza de salud.

Salud: la salud, para Callista Roy, es el reflejo del resultado de la adaptación de la persona a los estímulos que recibe del entorno. Se trata de un estado de equilibrio entre la salud y la enfermedad. Posteriormente, Callista Roy definió la salud como el estado de un proceso de ser, que alcanza la integración y la totalidad. Es decir, es la capacidad para adaptarse al entorno.

Enfermería: la enfermería, para Roy, se entiende como el conjunto de cuidados que una persona requiere cuando consume más energía en el afrontamiento y deja poca energía para el desarrollo de las necesidades básicas tales como el crecimiento, la reproducción, la supervivencia y el dominio. Los profesionales de enfermería deben ayudar a la persona a desarrollar mecanismos de afrontamiento. Y entran en acción cuando la persona no es capaz de enfrentarse a algún estímulo del entorno, es decir, cuando su respuesta ante éste es ineficaz o no adaptativa.

Para concluir con la explicación del RAM (Roy Adaptation Model), hay que hacer mención a lo que Roy entendía por Proceso de Atención Enfermero (PAE) que es el desarrollo de este TFG. Los puntos que Roy enumeró para realizar un PAE con su modelo de adaptación son:

- 1- Valoración de la conducta
- 2- Valoración de los estímulos
- 3- Diagnóstico Enfermero (NANDA)
- 4- Establecimiento de objetivos (NOC)
- 5- Intervención (NIC)
- 6- Evaluación

3.2 Marco metodológico

La metodología empleada para el desarrollo del presente TFG es cualitativa que *“consiste en la construcción o generación de una teoría a partir de una serie de proposiciones extraídas de un cuerpo teórico que servirá de punto de partida al investigados, para lo cual no es necesario extraer una muestra representativa, sino una muestra teórica conformada por uno o más casos”* (Martínez Carazo, 2006)

Concretamente se trata de un estudio de caso, entendiendo por tal, según Martínez Carazo (2006), una estrategia usada para la investigación científica adecuada para dar fuerza, incitar al crecimiento y desarrollo de teorías ya generadas o, incluso, dar lugar al nacimiento de otras teorías.

Esta misma autora, siguiendo a Chetty, 1996, en el artículo sobre “El método de estudio de caso”, es adecuado y riguroso el uso de esta estrategia metodológica ya que:

- *“Es adecuada para investigar fenómenos en los que se busca dar respuesta a cómo y por qué ocurren*
- *Permite estudiar un tema determinado*
- *Es ideal para el estudio de temas de investigación en los que las teorías existentes son inapropiadas*
- *Permite estudiar los fenómenos desde múltiples perspectivas y no desde la influencia de una sola variable*
- *Permite explorar en forma más profunda y obtener un conocimiento más amplio sobre cada fenómeno, lo cual permite la aparición de nuevas señales sobre temas que emergen*
- *Juega un papel importante en la investigación, por lo que no debería ser utilizado meramente como la exploración inicial de un fenómeno determinado”*

Además, este TFG se enriquece con la realización del relato biográfico. Dicho relato lo he construido siguiendo la metodología que proponen Montoro y Hueso (2009) en el artículo “Como analizar un relato biográfico”. En este mismo documento, definen el relato biográfico como *“un diseño apropiado, en el marco de la investigación cualitativa, para explorar visiones subjetivas sobre fenómenos de interés como la enfermedad y el padecimiento humano”*. De ahí, la necesidad de elaborar un relato biográfico sobre el proceso de enfermedad y vivencia de la mujer que va a ser estudio de caso en este TFG. Éste está estructurado, como estos autores desarrollan, en categorías que a su vez se constituyen por una serie de temas que se describen en el relato. Y ha sido elaborado a partir de la realización de una entrevista personal con la mujer del caso a estudiar.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Principal

Realizar un Plan de Cuidados Individualizado a una mujer con cáncer de mama desde el Modelo de Adaptación de Callista Roy.

4.2 Objetivos Secundarios

- 1- Realizar la valoración enfermera a través de los cuatro modos de adaptación de Callista Roy, así como valorar los estímulos que están influyendo.
- 2- Identificar los DxE que presenta la mujer del estudio de caso, utilizando la taxonomía de la NANDA.
- 3- Planificar los cuidados enfermeros planteando resultados e intervenciones con el uso de un lenguaje normalizado (NOC, NIC).
- 4- Conocer los cuidados enfermeros de una paciente con cáncer de mama.

5. METODOLOGÍA

Para el desarrollo de este TFG se han seguido los siguientes pasos:

5.1 Búsqueda y estudio bibliográfico

Antes de comenzar a elaborar este documento, después de escoger el tema de este trabajo, fue necesaria realizar una búsqueda bibliográfica minuciosa y una revisión teórica importante para poder asimilar conceptos y posteriormente aplicarlos en el Plan de Cuidados Enfermero.

En primer lugar, comencé a buscar fuentes bibliográficas en la Biblioteca de la Universidad Pública de Navarra. Dichas fuentes habían sido ya utilizadas por mí hace dos años, cuando cursé la asignatura de Fundamentos de Enfermería en la cual se estudiaron las diferentes teorías y modelos de enfermería. Escogí, después de revisarlos, un total de 4 libros. Tres de ellos acerca de los modelos y teorías de enfermería y un cuarto sobre cómo elaborar el Trabajo Fin de Grado en Ciencias de la Salud, un volumen recomendado por la directora de este estudio.

Además de estos materiales, realicé una búsqueda bibliográfica en la internet. Utilicé como palabras clave: “Modelo adaptación Callista Roy”, “Roy Modelo adaptación”, “Aplicación Modelo Roy”. Tras una lectura minuciosa de diferentes textos y documentos, escogí 3 documentos. Dos de ellos acerca de la aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en un Plan de Cuidados Enfermero y uno último sobre el estudio de casos.

El libro sobre cómo elaborar el TFG fue el punto de partida de este trabajo. Posteriormente, el documento sobre el estudio de caso para poder entender la metodología que iba a llevar a cabo.

Para la construcción del relato biográfico y su posterior análisis me centré en un artículo titulado “Como analizar un relato biográfico” que desarrollan dos autores ya citados anteriormente como son Amezcua y Montoro en el año 2009.

Una vez realizada y completada la revisión bibliográfica, pasé al siguiente punto, el de escoger el caso a estudiar y la búsqueda del informante.

5.2 Selección de la informante

En un primer momento, tras hablar con la directora de este trabajo, me planteé ponerme en contacto con la Asociación de Cáncer de Mama de Navarra “Saray”. Así lo hice, pero no fue posible la participación de una mujer de esta asociación para estudiar el caso, puesto que por motivos personales tuve que desplazarme a mi pueblo a vivir.

Esto retrasó la elaboración de este trabajo unas semanas. Pero pronto pude ponerme en contacto con una mujer que había padecido cáncer de mama hacía unos años, vecina de una localidad cercana a la mía. Le planteé la idea de participar en la elaboración de mi TFG y aceptó. Fue entonces cuando pude comenzar a elaborar el estudio.

En cuanto a lo que se refiere a respetar la privacidad y los derechos de la mujer implicada en el caso estudiado, he elaborado un consentimiento en el cual se expone el uso de la información que ella misma me va a dar. Dicho consentimiento fue entregado en la primera cita que tuvimos en enero de 2015, donde verbalmente le expuse las características de este trabajo e hice firmar dicho documento ([Anexo 2](#)).

5.3 Planificación de la valoración

Para llevar a cabo la entrevista con la informante ha sido necesario planificarlo todo bien. Para ello elaboré un cronograma que se adjunta en el [Anexo 3](#).

La planificación de la valoración la dividí en tres momentos: una primera cita con la informante para proponerle la participación en el estudio, una segunda para llevar a cabo la valoración de enfermería según los modos de adaptación de Callista Roy y una tercera para realizar la entrevista que será la base del relato biográfico y de este trabajo.

5.4 Realización de la entrevista

Como herramienta de apoyo se preparó el guión de entrevista estructurada, aunque en el momento de la realización sufrió modificaciones debido a la interacción entre la informante y la entrevistadora. Además de esto, se utilizó una grabadora de marca Sony, en la cual se grabó la conversación de más de 36 minutos la cual se ha transcrito en el [Anexo 4](#).

La entrevista tuvo lugar en su vivienda, un piso en la localidad de Tafalla, y previamente a la grabación se explicó el método que iba a ser utilizado. En el momento de la entrevista se encontraban la mujer del caso y su marido, que interactuó en el trascurso de ésta aportando datos relevantes.

5.5 Transcripción de la entrevista

La transcripción de la entrevista supuso una gran dedicación de tiempo y esfuerzo puesto que se trataba de una grabación de exactamente 36 minutos y 45 segundos de duración.

Para llevarla a cabo, tuve que parar cada frase para ir pasándola una a una a ordenador. Esto conllevó un tiempo prolongado. Fui parando y retomando la grabación hasta que finalicé la transcripción de la entrevista. Lo tuve que hacer en dos días diferentes debido a lo costoso a nivel de tiempo que era. Como se cita anteriormente, la transcripción de ésta se recoge en el [Anexo 4](#) de este documento.

5.6 Análisis de la entrevista: Relato biográfico

La construcción del relato biográfico parte de la transcripción de la entrevista, donde tras la lectura repetida y minuciosa de la misma se identifican los temas claves que conducen al establecimiento de las categorías.

Para enumerar dichos temas he realizado un análisis gramatical de la entrevista, en el que básicamente me he fijado en las numerosas palabras que se repetían a lo largo de ésta para poder agruparlas por temas. Dichos temas posteriormente los he agrupado en categorías que han dado lugar al relato biográfico.

A continuación, se enumeran los temas que he podido identificar en la entrevista:

- Diagnóstico del cáncer de mama
- Tratamiento del cáncer de mama
- Evolución del cáncer de mama
- Buen trato por parte del personal sanitario
- Mala atención por parte del personal sanitario
- Miedo

- Ira
- Valentía
- Apoyo
- Cambios físicos
- Cambios en la forma de pensar

Las categorías en las que se agrupan estos temas son:

El cáncer	Su gran apoyo	Asistencia sanitaria	Sentimientos	Cómo lo vivió
Diagnóstico del cáncer	Apoyo	Buen trato por parte del personal sanitario	Miedo Ira	Impacto
Tratamiento del cáncer		del personal sanitario	Valentía	Cambios psíquicos
Evolución del cáncer		Mala atención por parte del personal sanitario		Miedo
Cambios físicos				Ira
				Valentía

5.7 Elaboración del Plan de Cuidados Enfermero

La planificación de los cuidados se ha realizado mediante el modelo de valoración del Modelo de Adaptación de Callista Roy, más concretamente, a través de los cuatro modos de adaptación, que son los que sirven para valorar a la paciente. Así como también la identificación de los estímulos que influyen en su comportamiento y conducta.

Una vez realizada la valoración por parte de enfermería, he pasado a analizar los datos, identificando los diferentes estímulos (focales, contextuales y residuales) a los que la paciente ha tenido que enfrentarse y cuáles han sido sus respuestas. En caso de ser adaptativas, debemos valorar la conducta que ella toma, aunque generalmente no requiere de una intervención enfermera. En el caso de ser respuestas ineficaces, entra el papel de enfermería, que tiene que aplicar una serie de diagnósticos enfermeros, con sus respectivos resultados e intervenciones, para que esta respuesta se convierta en adaptativa.

El proceso de análisis de los datos ha sido el más complicado ya que era la primera vez que empleaba este modelo para aplicarlo a un Plan de Cuidados Enfermero. Por este motivo, me ha supuesto un gran esfuerzo y una gran cantidad de tiempo realizar la valoración y el análisis de los datos a través de éste.

La formulación de los Diagnósticos Enfermeros se ha realizado utilizando el lenguaje normalizado de la NANDA. También, para la planificación de los cuidados mediante resultados e intervenciones se ha utilizado la taxonomía NOC y NIC respectivamente.

6. RESULTADOS

6.1 Relato biográfico

El caso elegido para la realización del relato biográfico y posteriormente el Plan de Cuidados es de una mujer de 61 años de edad que en el año 2000 padeció cáncer de mama requiriendo ser intervenida de mastectomía y linfadenectomía derecha en la Cuarta Planta del Hospital B del CHN. Además, supuso un tratamiento médico de un total de seis ciclos de quimioterapia y radioterapia que se llevó a cabo en la Clínica San Miguel.. En el año 2005 fue tratada con tamoxifeno y femara. En el año 2011 fue intervenida para realizar la reconstrucción de la mama derecha en la Clínica Universidad de Navarra Está casada desde hace 32 años y es madre de dos hijos. Vive en la localidad de Caparroso situada en la Ribera de Navarra. Es la mayor de tres hermanas, quienes también han sufrido la misma enfermedad, pero que tras realizar el estudio genético se ha comprobado que ninguno de los tres procesos tienen origen genético.

EL CÁNCER. Pues yo hace muchos años, lo que te he comentado antes, me tocaba y me palpaba unos nódulos ahí y yo iba a revisiones pero tampoco hacía mucho caso porque era que tenía unas cicatrices ahí de quistes idiatíricos que me habían operado de pequeña. Entonces me habían cortado el tendón y vaya, tenía eso así y después no me pudieron hacer reconstrucción con el dorsal porque tenía eso cortado. Bueno, pues por eso no detectaban el cáncer. Me fui al camión que vamos a los 45 años y me dijeron que me notaban algo pero que me llamarían al año siguiente. Total yo que al año siguiente me empezó a supurar el pezón y yo dije que aquí algo pasa. Total que llamé. Yo me bajé de Pamplona y le digo a una amiga que estaba en casa voy a llamar porque tengo aquí que me supura, fíjate se ve que me había cogido ya el cáncer la piel y eso. Y a mí eso no me [titubea] pero fíjate que en ningún momento pensé que era cáncer. Mira que modorra. Total que le digo a mi amiga voy a llamar esta tarde al centro de... en la calle... Estando allí esperando, me llaman ellos “oye Mariajesus ¿qué tal?”. Pues mira que estoy preocupada porque veo que me supura el pezón y tal y yo creo que ha pasado más de un año. Enseguida me dijeron “pues suba”. Y nada, así fue como me enteré. Después, como estaba mi tia ingresada y yo quería que me operaran enseguida, todos los días a Atención al Paciente, “que yo quiero que me operen enseguida porque yo tengo que tener mucho” y así todo el tiempo hasta que por pelma me operaron.

No me acuerdo exactamente, pero igual 40 o 45 días [duda]. Pero yo, a la semana cuando fui a que me dijeran todo lo que me iban a hacer y cómo iba a ser la operación, yo era la persona como la que ves ahora. Completamente relajada, había asumido mi enfermedad, porque yo al médico le dije, como él fue tan duro conmigo, cuando fui y me dijo “mira 15 días y a los 15 días se te caerá el pelo porque te vamos a dar quimio agresiva... quiero que sepas que yo fui duro cuando te dije eso pero ahora quiero [suspense]” Y yo le dije, no no, pero si yo quiero me digas todo, hoy vengo preparada para esto. Y ahora yo también te voy a hacer una pregunta [revive el momento] ¿a mí esto me va a matar porque tengo una metástasis? Me dice “no”. Bueno pues ya vale [contestó ella], ahora ya luchar y luchar. Y esa ha sido la cuestión de lo que era el cáncer. Luego se complicaron otras cosas, con los port-accats, me pusieron en un lado y luego en otro porque me entró una infección. Me quedé muy delgadica, perdí 10 o 15 kilos. La gente se pensaba que me iba a morir por el cáncer y era porque no comía. Con la quimio tan fuerte y eso [emocionada]

Pues el tratamiento, me dieron 6 ciclos de quimio. Me ingresaban, esto ya en San Miguel. Me operaron en el Hospital Virgen del Camino y después la quimio me dieron en San Miguel. Y la radio me dieron en la Universitaria. En cada sitio una cosa. Me dieron 6 sesiones allí, me ingresaban 48 horas, y después en el port-accats me colgaban unas capsulas así de líquido y eso tenía que ir a rellenar. Así que la duración de la quimio cuatro días, muy dura, de devolver. Yo iba allí a la clínica, me quitaba la peluca, me ponía el pañuelico y me metía a la cama y no quería que viniera nadie. Un día vino una enfermera y abrió la puerta y me dijo “Ay perdona, que creía que estaba otra paciente”. No me reconoció, fíjate lo que cambiaba de verme vestida y con peluca a verme en pijama allí en la cama. No quería que me entraran comida, ni beber, ni nada nada. El tiempo que estaba allí nada, devolviendo. Pero vaya, luego íbamos a casa, que estaba mi tía mala y me iba al hospital después de estar vomitando. Y nada, y yo todo así, sin pensar en irme al pueblo ni nada.

Pues mira, cuando se me cayó el pelo, tengo una prima peluquera allí en Pamplona. Y me dijo que cuando empezase a caerse el pelo que no esperara, que iría. Así que fui a la peluquería, Jesús estaba aparcando y ni me vio. Porque yo con ella fui a la peluquería a por una peluca para cuando llegaría el día. Así que nada, allá me pasó la maquinilla. Pues nada, fue allí y me peló toda, me plantó la peluca, me la cortó y puso bien, como llevaba yo el pelico y todo eso y ya está. Luego llegó el verano y en casa sin peluca. Mi hermana la mayor, lleva dos años operada, y cuando quiera la ves sin teta, le da igual.

Hace 15 días me hicieron revisión y me han mandado la carta, que han encontrado un tumor que parece de origen benigno. Esto te anticipa y te genera miedo, pero bueno, venga lo que venga, lo afrontaremos.

SU GRAN APOYO. Y vaya, no te digo nada cuando tuve que llamar a Jesús para decirle lo que me pasaba. Y cuando vino Jesús y tuve que llamar a los hijos [hace silencio] Son unos días duros duros. Pues es que no te puedo decir [no recuerda y duda] porque de eso no me acuerdo mucho. ¿Te llamé o ibas a subir tú? (le pregunta). Sabes lo que pasa, es que al tío y a la tía no les quería decir que tenía cáncer, entonces le llamé y le dije que subiera y se lo conté en la habitación. Pues nada, los dos llorando. Me decía “Ay Marí, mira que te pase esto”. Más que pensar en ayudar a mi tía y a ellos. Me ingresaron, me operaron, estuve 17 días porque seguía echando el drenaje. Esta actitud me hizo a mí luchar contra el cáncer.

ASISTENCIA SANITARIA. Cuando vieron como estaba enseguida me hicieron mamografía, la eco y ya sabían ellos, ahí ya sabían. Vaya, yo cuando fui a la revisión al oncólogo enseguida me dijo, sin hacerme punción y sin nada, que tenía un cáncer, un tumor maligno. Me fui sola [risa nerviosa], sin Jesús ni nada, con una prima que me encontré por ahí que iba a la UCI a ver a la tía. Total que eso [silencio] A los poquicos días que fui a los resultados, de todas maneras, cuando vi las caras de todos yo dije algo tengo. El médico me dijo “lo siento Mariajesus pero tiene usted un tumor maligno, bueno, que tiene un cáncer”. Así me lo soltó ¡eeh! Si un poco bruto sí que fue ese médico, sí. Y luego nada, de allí pasé de las consultas cruce al...a hacerme la biopsia, sola, directamente. Solica me crucé al otro lado. Yo allí esperando [lo recuerda]. Total que entro a hacerme la biopsia y los médicos “¿qué tal Mariajesus? ¿Qué tal?”. Les digo no me digáis ¿qué tal? Que estoy un poco cabreada, porque me acaban de decir que tengo cáncer como si me hubieran dado un caramelo de café con leche y ahora vete y hazte esto, y solica que estoy que no está ni mi marido [lamentando]. Luego, cuando me hicieron la biopsia no me dijeron ni

adiós, yo estaba mirándolos y ellos se miraban entre ellos pero nada [suspense] Ya veo que no me decís nada les dije, aunque hoy ya me han dicho bastante. Así que volví a la semana con Jesús a por los resultados con el primer médico. Y le digo, no vuelvas a hacerle eso a otra persona jeehi, que a mí me podía haber dado algo porque tú en ningún momento me has dicho que cabía la posibilidad de que yo tuviera algo maligno, entonces como me puedes soltar de buenas a primeras si yo me estoy esperando a que me hagas más pruebas y más reconocimientos y una biopsia, sin darme los resultados. ¿Sabes lo que te quiero decir?. Yo pensaba que te decían después. Y me dice, “si ya me di cuenta en cuanto empezabas a temblar, así [silencio]” Y entonces empezó él “Mariajesus que igual no es esto...que tenemos que seguir haciendo pruebas”. Entonces quiso él arreglar un poquito la situación, y vaya. Y cuando volvimos a ir le dije que no volviese hacerle eso a una persona de verdad. Es preferible que me hubiera dicho “Mariajesus pues no sé, ahí aquí alguna cosica, vamos a hacer la biopsia” Digo, no te parece a ti que hubiera sido mejor [refiriéndose a lo que le dijo al médico]. Bueno, luego nos hicimos la mar de amigos [se ríe].

SENTIMIENTOS. Con todo yo fui a esto tan tranquila, ya te digo, no vino ni Jesús ni nada, y me senté allí. Hombre, me quedé, así temblando [lo simula]. Vaya que me podía haber dado algo. Pues la verdad es fuerte, es muy fuerte. Yo creo que soy muy fuerte porque [nerviosa] no sé por qué [nerviosa] Hombre me acuerdo que en un rincón, bajando de consultas, que me puse en un rincón y me puse las gafas y me eché a llorar pensando como le decía a Jesús y a mis hijos todo esto, lo que me acaba de pasar. Yo es que en ese momento, no puedes reaccionar. Y luego cuando fui al otro lado, me serené un poquito y ya está. Es que yo a veces soy tan inconsciente que no me di cuenta de lo que podía ser, algo malo. Entonces a mí me pilló más de sorpresa por eso, sin hacerme biopsia ni nada, soltármelo así de golpe. Le perdoné porque yo a principio me sentí herida de que me hiciera eso.

CÓMO LO VIVIÓ. Mi lucha fue después animarlos a todos, porque todos se quedaron tan mal, los hijos y mi marido, que yo decía aquí alguien tiene que ser fuerte, si la que tengo que pasar y la que me han pasado las cosas es a mí y yo tengo que... la operación que me ha dicho que va a salir bien, que va a ir hacia delante. A mí él me daba mucha penica [por su marido], ya te digo salir del consultorio y echarme a llorar por cómo les decía a Jesús y a mis hijos que tenía cáncer. Fíjate, yo nunca me había pensado porque estas cosas, cuando le pasan a otra persona, pues tú dices fíjate si me pasara a mí esto que pena, que esto que lo otro. Pero cuando te pasa, al momento es así, pero luego[silencio] ahí está la fuerza de la mente, en decir no, que yo soy otra más y tengo que luchar para tirar para adelante, también por mi marido y por mis hijos. Es una lucha, dura, pero yo creo que también te hace, no sé, yo no creo que fuera mala persona, pero yo creo que te hace mejor persona, las cosas que te pasan y con las que sales adelante. A mí esa sensación me da, sabes. Yo me acuerdo que al pueblo me traían a todas las que tenían cáncer, podía haber puesto consulta, me las traían para que les levantara el ánimo. Eso así, hasta gente que ni conocía. Hasta gente que no era ni del pueblo, ¿verdad Jesús?. Sí, me acuerdo de una mujer, que al final murió. Yo madre mía, les animaba, más contentas todas. Y yo también claro. Yo dije cuando haga calor, calvorota y ya está [se ríe]. Y esa fue la actitud, Raquel, no hay otra manera de vivir la vida para las enfermedades que ésta. A mí me lo parece. Y es que esa es la actitud. Pero ves, mis hermanas también han tenido esta

actitud ante la enfermedad y esto. Y cuando me bajé, me probaba con la bicicleta y llegaba a la esquina, y “Ala Mari, que no puedes, otro día ya podrás” [se decía a si misma].

6.2 Plan de Cuidados Enfermero

6.2.1 Valoración por el Modelo de Adaptación de Callista Roy

La valoración se ha realizado a través de los cuatro modos de adaptación que Roy propone. Estos son: función fisiológica, función rol, autoconcepto e interdependencia. Se realizó en Febrero de 2015.

Función Fisiológica

Oxigenación: no ruidos respiratorios, FR 14 rpm, buena coloración de las mucosas y piel, hipertensión arterial 150/95 mmHg en tratamiento con bisoprolol de 2,5mg. Buena perfusión tisular periférica. No fumadora, no bebedora. No hay adhesión al tratamiento, no confía, prefiere homeopatía.

Nutrición: régimen alimentario saludable, realiza las 5 comidas diarias en cantidades adecuadas para sus necesidades, IMC de 22.3, dentro del rango normal. Cuida su dieta, come sin sal y evita alimentos ricos en grasas. Implantes dentales fijos. Buen estado de la boca y mucosas. No problemas para masticar ni tragar. Durante el proceso de cáncer, no tenía apetito y en período de tratamiento con quimioterapia vómitos y náuseas. Pérdida de peso de 12 kg, con un IMC en 17,6.

Eliminación: estreñimiento (hasta 10 días sin deposición), hemorroides dolorosas y sangrantes que trata con cremas tópicas. Durante el proceso de enfermedad del cáncer, dos ingresos por fecaloma. Para evitar la formación de fecalomas, ocasionalmente hace uso de laxantes tipo micralax® cuando lleva unos días sin realizar deposición. Buen ritmo de diuresis, sin problemas ni pérdidas.

Actividad y descanso: activa. Realiza paseos diario de 1h por la mañana y 1h por la tarde acompañada por su marido. Sueño reparador. No necesita tratamiento farmacológico. Evita echarse siesta, porque luego problemas para conciliar el sueño.

Integridad de la piel: buen estado de la piel y las mucosas. No heridas. Cicatrices en zona de la mama y en abdomen debido a la intervención quirúrgica para mastectomía y para reconstrucción de la mama.

Sentidos: usa gafas por miope. Buen estado del resto de los sentidos.

Líquidos/electrolitos: no presenta datos para tener en cuenta.

Función neurológica: orientada en las tres esferas (tiempo, espacio y persona). No presenta ningún dato disfuncional.

Función endocrina: hipercolesterolemia con tratamiento de atorvastatina de 20mg. No toma la medicación porque dice que prefiere tomar homeopatía y tratamientos naturales, ya que no confía en los fármacos. Además, refiere que no quiere estar siempre dependiendo de una pastilla.

Función Rol

Rol primario: mujer de 61 años de edad.

Rol secundario: está casada, tiene dos hijos (un hijo de 37 años y una hija de 35 años). Es la mayor de tres hermanas, todas han padecido cáncer de mama. Después de realizar un estudio genético para saber si tenían relación los procesos de enfermedad de las tres se ha comprobado que no tienen relación y que no comparten genes para desarrollar cáncer de mama.

Rol terciario: está jubilada. Realiza las tareas del hogar con la ayuda de su marido. Salen de vacaciones tres o cuatro veces al año. Es lo que más le gusta y además dice que se olvida de todos los problemas. Su marido es su gran apoyo y también está jubilado.

Autoconcepto

Identidad física (sensación e imagen corporal): buena sensación con ella misma y con su imagen corporal. Hace cuatro años le hicieron la reconstrucción de la mama. Está muy contenta con este nuevo cambio en su cuerpo. Su apetito sexual está conservado a raíz de la reconstrucción de la mama, ya que antes tenía complejo y no le gustaba que su marido le viera así.

Identidad personal (autocoherencia y autoideal): es una buena persona, responsable. Se considera una mujer extrovertida, que le gusta ayudar a la gente que lo necesita y nada materialista. Siempre había querido construir una familia y dice que ahora que la tiene es muy feliz.

Identidad moral y ética (autoobservación y autoevaluación): es cristiana practicante, reza todos los días. Dice que creer en Dios le da fuerzas para seguir adelante, sobre todo para encontrarle sentido a todo. Al principio de su enfermedad culpaba un poco a Dios, pero después se dio cuenta que esto le puede pasar a cualquiera. Vive el día a día como si fuera su último momento. Dice que hay que vivir el presente y olvidarse del pasado. No le gusta pensar en el futuro.

Interdependencia

Su mayor apoyo es su marido, quien le ofrece una estabilidad y quien está ahí siempre que ocurre algo malo. Dice que antes solo buscaba su apoyo cuando pasaba algo malo, ahora dice que también quiere vivir cosas buenas, de ahí que disfruten al máximo el día a día. Sus hijos son lo mejor que le ha pasado nunca, y dice que los valores de la familia nunca deben perderse. “La familia siempre tiene que estar unida, aunque haya distancia que la separe”, comenta.

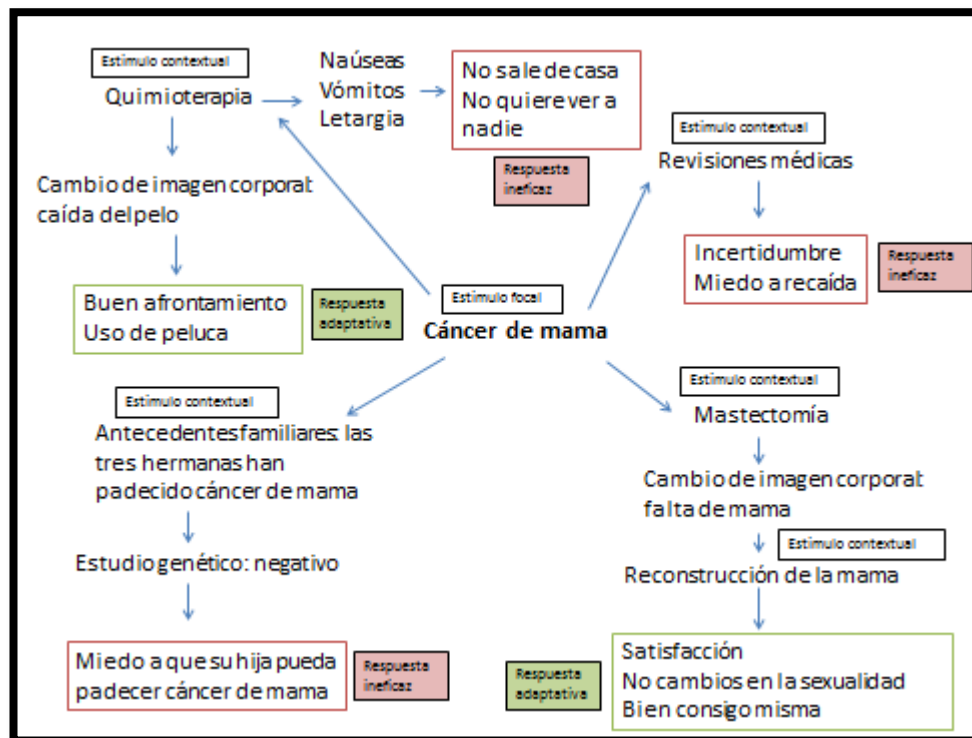
Las revisiones del médico le suponen muchos nervios y dice que ahora que sabe que a lo mejor puede tener “algo malo” en el otro pecho está a esperas y bastante asustada. Siempre que acude a las revisiones del médico, el día anterior, no consigue descansar y está muy nerviosa, incluso asustada.

6.2.2 Análisis de los datos: estímulo y respuesta

El análisis de los datos que se han recogido tanto en la valoración mediante los cuatro modos de adaptación como en el relato biográfico se ha realizado mediante la identificación de los diferentes estímulos que Roy propone: estímulo focal, estímulo contextual y estímulo residual. Además, se han identificado las respuestas/conducta que la mujer ha tomado ante cada uno de los anteriores, para identificar si éstas son adaptativas o ineficaces.

A continuación se han adjuntado dos esquemas que yo misma he realizado que tienen como centro de los mismos los tres estímulos focales que he identificado y a partir de los cuales se identifican los estímulos contextuales y las respuestas.

Ilustración 1. Estímulo - Respuesta : CÁNCER DE MAMA



En esta primera imagen se recoge un esquema del análisis estímulo-respuesta que he podido identificar analizando los datos del caso a estudiar. El estímulo focal (E.F), en esta primera ilustración, es el Cáncer de mama, proceso patológico principal por lo que la mujer ha sido seleccionada como caso para la realización de este TFG.

Como decía, el estímulo focal (del interior de la persona) es el Cáncer de mama y a su alrededor se identifican los estímulos contextuales (dan más o menos importancia al estímulo focal). Como estímulos contextuales (E.C) tenemos:

- Revisiones médicas: se trata de todas aquellas revisiones a las que la mujer tiene que hacer frente para que los profesionales sanitarios lleven un control de su enfermedad y así poder prevenir y diagnosticar de forma temprana, si procede, una recaída. Las respuestas que la mujer del caso tiene frente a estas revisiones (E.C) son ineficaces o no adaptativas, ya que le genera una situación de incertidumbre, ansiedad y preocupación. Todo esto tiene que ver con el miedo que ella tiene a padecer una recaída del cáncer y tener que volver a pasar por lo mismo otra vez. Al tratarse de respuestas ineficaces, es aquí donde aparece el papel de enfermería y donde hay que empezar a trabajar.

En primer lugar, una vez identificadas las respuestas ineficaces que la mujer tiene frente a las revisiones médicas, hay que identificar los diagnósticos enfermeros (DxE) a través de los cuales enfermería va a planificar los cuidados.

Teniendo en cuenta los datos anteriores, es decir, la sensación de ansiedad, incertidumbre y preocupación ante las revisiones médicas por la posibilidad de sufrir una recaída se enuncia el Diagnóstico Enfermero siguiente:

00069 Afrontamiento ineficaz r/c incertidumbre, alto grado de amenaza m/p empleo de formas de afrontamiento que impiden una conducta adaptativa, trastornos del patrón del sueño

- Mastectomía y Reconstrucción de la mama: tras el diagnóstico médico de cáncer de mama la mujer tuvo que ser intervenida quirúrgicamente como tratamiento para este proceso. Para ello, le extirparon la mama al completo, es decir, le realizaron una mastectomía en la mama derecha (E.C). Esto le supuso un cambio de imagen importante, lo cual le generó problemas con la aceptación de sí misma. En el 2011 le realizaron la reconstrucción de la mama (E.C), siendo un punto importante para su mejoría psicológica, consigo misma y con las personas del entorno. El cambio de imagen fue tan importante e incluso asombroso que ella cambió su manera de pensar y de quererse, aceptándose a ella misma y no teniendo ningún problema con su vida sexual, hasta ahora anegada por el cáncer de mama.

Se identifican dos estímulos contextuales que son la mastectomía (2000) y la reconstrucción de la mama (2011) posteriormente. Para el análisis y la identificación de las respuestas me he centrado en este último estímulo contextual. La mujer, ante el cambio de imagen tan importante tras la reconstrucción de la mama, se siente bien consigo misma, está satisfecha con el esfuerzo que ha realizado y con los resultados que ha obtenido tras la intervención quirúrgica. Además, ha recuperado su vida sexual, que había estado desde que le realizaron la mastectomía en el olvido. Todos estos sentimientos de mejoría consigo misma y con su vida sexual son respuestas adaptativas, por lo que no es posible la identificación de DxE para la planificación de los cuidados.

- Quimioterapia y radioterapia: como tratamiento médico la mujer recibió seis ciclos de quimioterapia, duros y con muchos efectos secundarios de ésta, siendo la caída de pelo el más duro de los efectos secundarios. Como estímulo contextual identificamos la quimioterapia y la radioterapia. La caída de pelo debido al tratamiento con quimioterapia fue inminente, ella ya sabía que iba a ocurrir antes de comenzar con los ciclos ya que se trataba de un tratamiento agresivo y largo en el tiempo. Cuando esto sucedió ella, debido a su filosofía de vida, no le dio ninguna importancia, puesto que sabía que el pelo, tarde o temprano, iba a crecerle. Decidió, antes de que se le cayese, ir a la peluquería y raparse el pelo. Así lo hizo, y desde ese día comenzó a usar peluca. El verse sin pelo y el hecho de tener que usar peluca no le supuso ningún problema, es más, creía que iba a ser lo mejor antes de esperar a que se le fuese cayendo poco a poco el pelo.

Todo lo anterior son respuestas adaptativas al cambio de imagen (caída de pelo) causado por el tratamiento con quimioterapia (estímulo contextual). Ante estas

respuestas, no es posible enunciar DxE para posteriormente planificar los cuidados.

Además de la caída del pelo, también la quimioterapia tuvo efectos secundarios en la mujer como los vómitos, las náuseas y el cansancio generalizado. Todo esto, mientras la mujer recibía los ciclos de quimioterapia y unos días después mientras se recuperaba en su casa, hizo que ella no saliese de casa durante esos días así como tampoco quería ver a nadie, solamente estar con su marido y sus hijos. Este aislamiento, malestar generalizado y un estado de ánimo decaído son respuestas ineficaces o no adaptativas, aunque esperadas ante un proceso de enfermedad tan duro y un tratamiento médico extremadamente invasivo.

Ante estas respuestas, enfermería debe enunciar diagnósticos enfermeros para planificar los cuidados que esta mujer requiere en los períodos más bajos de ánimo.

00214 Disconfort r/c efectos secundarios del tratamiento, síntomas relacionados con la enfermedad m/p temor, llanto, ansiedad

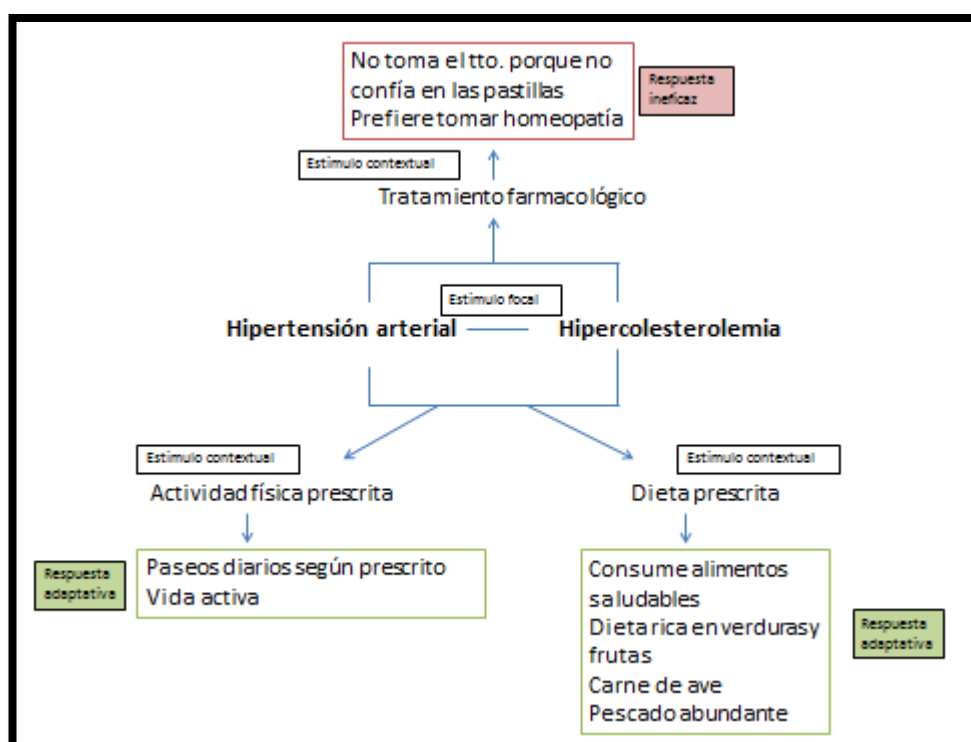
- Antecedentes familiares con cáncer de mama: la mujer del caso, junto con sus dos hermanas, han padecido cáncer de mama entre los 45-55 años de edad. Tras realizarles un estudio genético para hallar la posibilidad de tener en común una serie de genes que favorecen el desarrollo del cáncer de mama, los resultados de dicho estudio alegan que ninguna de las tres poseen dicho gen, por lo que se corrobora que no existe relación alguna con la aparición de dicha patología en ambas tres.

La informante, a pesar de ello, tiene gran preocupación sobre el hecho de que sus hermanas hayan padecido cáncer como ella pueda suponer que su hija, de alrededor de los 30 años de edad, en un futuro inmediato pueda también desarrollar dicha enfermedad. Esa preocupación llega, incluso, a convertirse en miedo y dice, que en ocasiones, suele llamar a su hija (que vive fuera de Navarra) para insistirle en que se autorrevise las mamas “por si acaso”. Suele generarle, además, ansiedad que en muchas ocasiones le hace estar inquieta y con bajo estado de ánimo durante unos días.

Ante esto, el DxE que se enuncia es el siguiente:

00148 Temor r/c proceso de enfermedad m/p expresa inquietud, expresa temor, identifica el objeto del miedo, expresa alarma

Ilustración 2. Estímulo - Respuesta : HTA-HIPERCOLESTEROLEMIA



En esta segunda ilustración se recoge de forma esquemática y visual el análisis de datos estímulo-respuesta que tiene que ver con los estímulos focales (E.F) que la mujer padece como son la Hipertensión Arterial y la Hipercolesterolemia, dos patologías cardiovasculares que aumentan la posibilidad de padecer un problema cardiovascular, léase Infarto Agudo de Miocardio, Accidente Cerebro Vascular (ACV), etc.

Como decía, el estímulo focal (del interior de la persona) es la HTA e Hipercolesterolemia pudiéndose, a su alrededor, identificar los estímulos contextuales (dan más o menos importancia al estímulo focal). Como estímulos contextuales (E.C) tenemos:

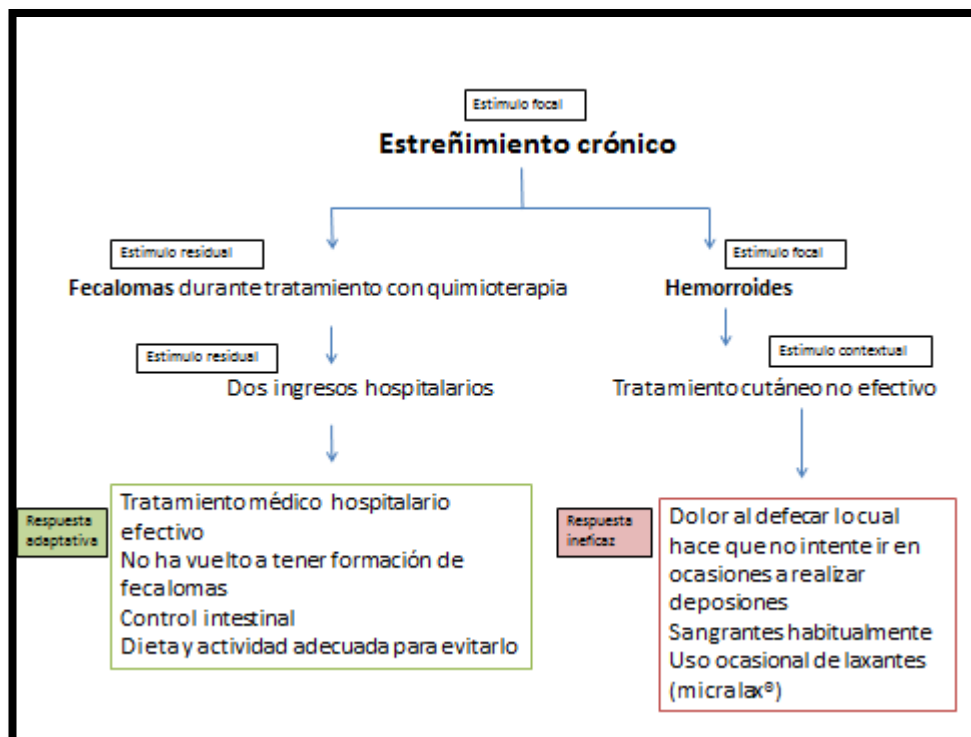
- Tratamiento farmacológico: la mujer, que padece HTA e Hipercolesterolemia (ambos dos procesos patológicos identificados como E.F) tiene prescrito para éstas enfermedades tratamiento médico (E.C). Este tratamiento consta de bisoprolol 2,5mg para tratar la HTA y atorvastatina 20mg para la Hipercolesterolemia. Aunque tiene dicha pauta médica, ella no realiza una toma adecuada de estos fármacos por varios motivos. Entre éstos se encuentra la desconfianza hacia los fármacos que se utilizan para disminuir los niveles de colesterol en sangre, así como según ella relata “tener que estar atada a dos pastillas para el resto de mi vida”. Para compensar la negativa al tratamiento, ella sigue unos hábitos de vida saludables, es decir, cuida su dieta y la actividad física para que de alguna manera tener controladas ambas patologías. Además, hace uso de tratamiento homeopático, el cual lo compra en una herboristería, más concretamente, para reducir el colesterol. El no tener una adecuada adhesión al tratamiento, es decir, no tomar la medicación por los motivos anteriores se considera como una conducta ineficaz ante los estímulos contextuales y focales.

Por este motivo, los profesionales de enfermería deben planificar una serie de cuidados a través de los Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. El DxE que se propone es:

00078 Gestión ineficaz de la propia salud r/c régimen terapéutico m/p fracaso al incluir el régimen de tratamiento en su vida diaria

- Actividad física prescrita y Dieta prescrita: para el adecuado control de la HTA y la Hipercolesterolemia (E.F) es esencial llevar un régimen de vida saludable. Esto significa que hay que cuidar la dieta diaria (alimentos sin sal, pobres en grasas, dieta variada, no embutidos, pescado blanco, etc.) y la actividad física (pasear mínimo 30 minutos diarios). Tanto la dieta adecuada como la correcta actividad física diaria forman parte de los hábitos de vida saludables, identificados según el RAM como estímulos contextuales. La mujer del caso cumple tanto la dieta como la actividad prescrita, ya que como he mencionado anteriormente, cuida los alimentos evitando los ricos en grasas (embutidos, carnes rojas, mantequilla, bollería, etc) y el uso de la sal (come sin sal excepto la verdura) así como también pasea diariamente (aproximadamente 1h y 30 min). Estas conductas ante los procesos de enfermedad (HTA e Hipercolesterolemia) son respuestas adaptativas, las cuales no permiten la enunciación de DxE ni la planificación de cuidados enfermeros.

Ilustración 3. Estímulo-Respuesta: Estreñimiento



En esta tercera y última imagen se recoge el esquema del análisis estímulo-respuesta perteneciente al proceso patológico del Estreñimiento Crónico, identificado como un estímulo focal, que a su vez tiene dos complicaciones identificadas, por un lado, como estímulo residual (E.R) está la formación de fecalomas (en el pasado mientras estaba en tratamiento con quimioterapia) y como estímulo focal las hemorroides (en la actualidad).

A estos estímulos focales se les asocia, a su vez, dos estímulos contextuales que son:

- Ingreso hospitalario para tratar fecaloma: la paciente estuvo ingresada, en el año 2001, para tratar la formación de un fecaloma (E.R) mientras recibía el tratamiento de quimioterapia. Fue necesario el ingreso (E.C) puesto que fue tal el estreñimiento que llegó a estar 16 días sin realizar deposiciones, lo cual le alarmó y provocó síntomas importantes, tales fueron así que los facultativos determinaron que no era suficiente el tratamiento ambulatorio. Tras estar ingresada unos días en el hospital, la mujer se recuperó pero desde aquel entonces padece de estreñimiento crónico.
Gracias a una adecuada dieta y un buen control intestinal, la mujer no ha requerido volver a ser ingresada por este motivo. Pudiendo identificar su conducta ante el estreñimiento como una respuesta adaptativa, que no requiere de los cuidados enfermeros.
- Tratamiento cutáneo para hemorroides: por otro lado, y a causa del estreñimiento crónico (E.F) la mujer padece hemorroides (E.F) las cuales son tratadas por parte de los médicos con pomadas de uso cutáneo (E.C), las cuales no son efectivas ya que presenta dolor y sangrado cuando realiza deposiciones, a pesar de que mantiene una dieta adecuada para mejorar el estreñimiento así como un buen

control intestinal, haciendo uso en ocasiones de laxantes (tipo micralax®) para evitar la formación de fecalomas como en el pasado.

El uso ocasional de laxantes así como el no intentar ir a defecar en muchas ocasiones por no sufrir dolor o sangrado son respuestas no adaptativas o ineficaces que requieren del papel de los profesionales de enfermería, para recibir una adecuada educación entorno al estreñimiento y así convertir dichas respuestas en adaptativas. Como DxE:

00011 Estreñimiento r/c tumores, tratamiento quimioterapia m/p heces duras, secas y formadas, cambios en el patrón intestinal

6.2.3 Diagnósticos Enfermeros (NANDA) – Resultados Enfermeros (NOC) – Intervenciones Enfermeras (NIC)

00069 Afrontamiento ineficaz r/c incertidumbre, alto grado de amenaza m/p empleo de formas de afrontamiento que impiden una conducta adaptativa, trastornos del patrón del sueño

1300 Aceptación: estado de salud

- Reconoce la realidad de la situación de salud
- Afrontamiento de la situación de salud
- Toma decisiones relacionadas con el estado de salud

1302 Afrontamiento de problemas

- Refiere disminución de los síntomas negativos
- Refiere disminución de la ansiedad
- Refiere aumento del bienestar psicológico

0004 Sueño

- Patrón del sueño
- Horas de sueño
- Dificultad para conciliar el sueño

5230 Mejorar el afrontamiento

- Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y preocupaciones
- Valorar el impacto de la situación actual en los papeles y roles de la paciente
- Proporcionar información objetiva acerca del tratamiento, diagnóstico y pronóstico
- Ayudar a la paciente a realizar un análisis de la objetivo de la realidad

1850 Mejorar el sueño

- Determinar el patrón del sueño de la paciente
- Enseñar técnicas de relajación
- Ayudar a eliminar situaciones estresantes antes de irse a la cama

00214 Disconfort r/c efectos secundarios del tratamiento, síntomas relacionados con la enfermedad m/p temor, llanto, ansiedad

2010 Estado de comodidad: física

- Nauseas
- Vómitos
- Mialgias
- Letargia

2011 Estado de comodidad: psicoespiritual

- Ansiedad
- Depresión
- Bienestar psicológico

5270 Apoyo emocional

- Animar a la paciente a que exprese los sentimientos
- Permanecer con la paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de mayor ansiedad

5330 Control del estado de ánimo

- Evaluar el estado de ánimo
- Ayudar a la paciente a expresar sentimientos de forma adecuada
- Comprometer al entorno para que le ofrezca apoyo emocional

00148 Temor r/c proceso de enfermedad m/p expresa inquietud, expresa temor, identifica el objeto del miedo, expresa alarma

1404 Autocontrol del miedo

- Busca información para reducir el miedo
- Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo

6040 Terapia de relajación

- Crear un ambiente tranquilo, luz tenue, para que incite a la relajación
- Invitar a que la paciente se relaje y deje fluir los sentimientos
- Mostrar y practicar las técnicas de relajación con la paciente

00078 Gestión ineficaz de la propia salud r/c régimen terapéutico m/p fracaso al incluir el régimen de tratamiento en su vida diaria

1623 Conducta de cumplimiento: medicación prescrita

- Toma toda la medicación en intervalos prescritos
- Toma la dosis correcta
- Obtienes las pruebas de laboratorio necesarias

5616 Enseñanza: medicamentos prescritos

- Informar a la paciente acerca del propósito y la acción de cada fármaco
- Revisar los conocimientos que la paciente tiene sobre cada medicación
- Informar a la paciente sobre las consecuencias de no tomar la medicación
- Instruir a la paciente sobre cómo seguir las prescripciones

00011 Estreñimiento r/c tumores, tratamiento quimioterapia m/p heces duras, secas y formadas, cambios en el patrón intestinal

0501 Eliminación intestinal

- Patrón de eliminación
- Características de las heces (forma, olor, color, etc.)
- Estreñimiento

0450 Manejo del estreñimiento/impactación fecal

- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento/impactación

- Identificar los factores que pueden causar el estreñimiento (vida sedentaria, alimentación pobre en fibra, etc.)
- Fomentar el aumento de ingesta de líquidos y alimentos ricos en fibra
- Instruir sobre el correcto uso de laxantes
- Enseñar a la paciente el tiempo necesario para la resolución del estreñimiento y cómo actuar si no se resuelve

6.2.4 Plan de Cuidados Enfermero y Plan de Actuación

Diagnósticos Enfermeros (NANDA)	Resultados Enfermeros (NOC)	Intervenciones Enfermeras (NIC)	Plan de Actuación
00069 Afrontamiento ineficaz r/c incertidumbre, alto grado de amenaza m/p empleo de formas de afrontamiento que impiden una conducta adaptativa, trastornos del patrón del sueño	<i>1300 Aceptación: estado de salud</i> <i>1302 Afrontamiento de problemas</i> <i>0004 Sueño</i>	<u>5230 Mejorar el afrontamiento</u>	En esta intervención se ha trabajado en análisis de la realidad, para evitar que la paciente se anticipe pensando que padece de nuevo cáncer, esencialmente.
		<u>1850 Mejorar el sueño</u>	Se han enseñado técnicas de relajación y sobre todo se ha realizado una escucha activa, para que la preocupación la comparta y no sea una carga en sí misma
00214 Disconfort r/c efectos secundarios del tratamiento, síntomas relacionados con la enfermedad m/p temor, llanto, ansiedad	<i>2010 Estado de comodidad: físico</i> <i>2011 Estado de comodidad: psicoespiritual</i>	<u>5270 Apoyo emocional</u>	Comprometer a la familia en el apoyo emocional, ya que es el mayor pilar para la mujer. Hacerle entender a la mujer que no debe sentirse culpable por no querer ver a nadie, que es algo normal y que todo el mundo le comprende.
		<u>5330 Control del estado de ánimo</u>	Es importante que exprese sus sentimientos y emociones y que no se sienta culpable. Que entienda que forma parte del proceso de enfermedad y que no está sola.
00148 Temor r/c proceso de enfermedad m/p expresa inquietud,	<i>1404 Autocontrol del miedo</i>	<u>6040 Terapia de relajación</u>	Después de enseñarle algunas técnicas de relajación (respiración

expresa temor, identifica el objeto del miedo, expresa alarma			abdominal, movimientos contracción-relajación), le insisto que es importante que cuando tenga pensamientos sobre la posibilidad de que su hija enferme de cáncer que valore si lo que piensa es la realidad o simplemente es un pensamiento que está en su imaginación y que no existe.
00078 Gestión ineficaz de la propia salud r/c régimen terapéutico m/p fracaso al incluir el régimen de tratamiento en su vida diaria	1623 Conducta de cumplimiento: <i>medicación prescrita</i>	<u>5616 Enseñanza:</u> <u>medicamentos</u> <u>prescritos</u>	En esta intervención ha sido esencial el explicar los efectos que pueden surgir si no toma la medicación, pero en ningún caso se ha contraindicado el uso de homeopatía, pero sí recalcado que debe ser también respetado el tratamiento médico.
00011 Estreñimiento r/c tumores, tratamiento quimioterapia m/p heces duras, secas y formadas, cambios en el patrón intestinal	0501 Eliminación <i>intestinal</i>	<u>0450 Manejo del estreñimiento/impactación fecal</u>	Las actividades que se enumeran más arriba se han realizado, aunque ella ya conocía cómo actuar y que régimen de vida llevar para evitar el estreñimiento.

7. DISCUSIÓN

La aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en la planificación de los cuidados ha resultado ser un proceso complejo ya que se trataba de la primera experiencia que tenía con dicho modelo. Hasta ahora, en todas las asignaturas del Grado en Enfermería para la elaboración de Planes de Cuidados había empleado la teoría de las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson o los 11 Patrones Funcionales de M. Gordon.

A modo de discusión, me he planteado hacer una breve comparativa entre el RAM que Roy propone en la década de los 70 y la teoría de V.H sobre las 14 Necesidades Básicas de Salud, propuesta por ésta en los años 60.

En primer lugar, Virginia Henderson (1964) entiende que la *“función específica de la enfermera es ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza de voluntad o los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible”*. Mientras que Roy habla sobre el papel de la enfermería dirigido a personas, grupos o familias, de ningún modo únicamente individual y además, sostiene que el objetivo principal de la enfermería es *“mejorar el nivel de adaptación de los individuos y de los grupos de personas en cada uno de los cuatro modos de adaptación, y contribuir así a tener una buena salud, una buena calidad de vida y a morir con dignidad”*.

Ambas dos autoras coinciden en que, el papel de la enfermería, debe siempre dirigirse para mejorar la salud de las personas y ofrecerles un acompañamiento en los últimos días de vida, para así hacer que mueran con dignidad y sin sufrimiento.

Por otro lado, Virginia Henderson enunció 14 Necesidades Básicas de Salud en las cuales se centran las actividades enfermeras. Mientras que Roy, basó la atención enfermera en el análisis de las conductas de las personas como los estímulos generados en el entorno, a través del cual se formulan intervenciones para controlar estos estímulos. De ahí, que la aplicación del modelo teórico propuesto por Roy ofrece una visión holística, bio-psico-social, de la persona, lo cual es esencial en la planificación de los cuidados enfermeros de una mujer que ha padecido cáncer de mama.

Hay que recalcar que, en el entorno asistencial, la teoría más utilizada, a excepción de Atención Primaria y el Área de Salud Mental, para la elaboración de Planes de Cuidados es la de 14 Necesidades Básicas de Henderson, puesto que se trata de una herramienta muy detallada y útil para poder seguir un esquema a la hora de realizar la valoración de enfermería. En cambio, el modelo que propone Roy es más complejo y requiere de una mayor capacidad de análisis, puesto que es muy importante la identificación de los estímulos así como la determinación de las respuestas, pudiendo ser éstas adaptativas como ineficaces.

A pesar de ello, tras la realización del presente TFG, he podido descubrir y corroborar que el RAM es un modelo aplicable en el desarrollo de Planes de Cuidados, permitiendo identificar y analizar de una forma mucho más minuciosa todos los estímulos provenientes del entorno a los cuales la persona es incapaz de hacer frente, requiriendo de la atención enfermera y, por consiguiente, de la planificación de los cuidados.

8. CONCLUSIONES

Para concluir con el Trabajo Fin de Grado, en este apartado se recogen, a modo de resumen, todos aquellos aspectos relevantes que han permitido la consecución de los objetivos propuestos.

- 1- La aplicación de un modelo teórico otorga una mirada que lleva a identificar aspectos diferentes del cuidado, según cual sea el paraguas utilizado para la planificación de estos cuidados.
- 2- La realización de este Trabajo Fin de Grado, aplicando el Modelo de Adaptación propuesto por Callista Roy me ha permitido aumentar e integrar los conocimientos adquiridos durante los cuatro años del Grado en Enfermería, y por tanto, la aplicación de los mismos.
- 3- La incorporación del relato biográfico en el Plan de Cuidados Enfermero ha enriquecido este TFG, desde el punto de vista teórico, pero sobre todo en el ámbito práctico, permitiendo realizar una planificación de cuidados mucho más completa puesto que ofrece información que de ningún modo sin él podría haber obtenido e identificado.

9. AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a mi profesora y directora de este Trabajo Fin de Grado, Dra. Blanca Marín Fernández por su dedicación y esfuerzo a lo largo de estos cuatro años de Grado y los meses de elaboración del TFG, siempre ha estado ahí para guiarme y animarme.

También me gustaría agradecer a la informante y mujer del caso, Mariajesus, que ha colaborado conmigo sin esperar nada a cambio, siempre facilitándome las cosas y acompañándome en este tiempo. Sin ella no hubiera sido posible conseguir los resultados y conclusiones obtenidos en este TFG. Gracias. Estaré eternamente agradecida.

Como no, dar las gracias a la Universidad Pública de Navarra por ofrecerme la oportunidad de formarme en sus aulas y hacer posible todo esto.

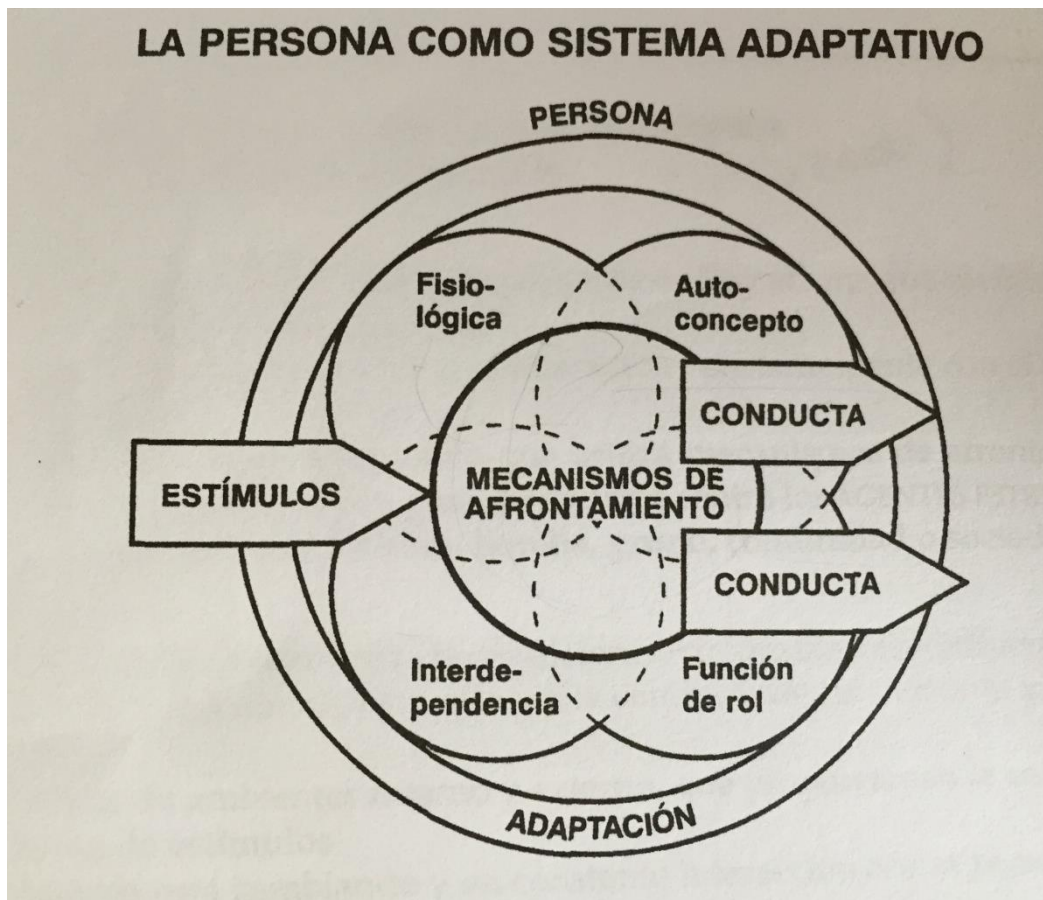
Y por último, y no menos importante, estaré siempre agradecida a mis padres por la educación que me han dado, por estar conmigo, en las buenas y en las no tan buenas, y apoyarme en la elaboración de este documento. También a mis hermanas, amigos y demás familiares, por animarme y respetarme siempre.

Sin todos estos pilares de ningún modo hubiera sido posible realizar este TFG.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Gordillo Betancor, M., 2007. Tengo una enfermedad pero no soy una enferma. El relato de una paciente con cáncer de mama crónico.. *Archivos de la Memoria*, IV(2).
- Hernández Garre, J., de Haya Sanchez, B., Diaz Cuencia, A. & Giménez Fernández, M., 2010. *Fundamentos teóricos de enfermería*. Primera ed. Murcia: Diego Marín Librero Editor.
- Manuel, A. & Hueso Montoro, C., 2009. Como analizar un relato biográfico. *Archivos de la memoria*, VI(3).
- Martínez Carazo, P. C., 2006. El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y Gestión. Universidad del Norte.*, Issue 20, pp. 165-193.
- Orta González, M. y otros, 2001. Proceso de Atención de Enfermería: Modelo de Sor Callista Roy. *Temas de Hoy*, pp. 495-498.
- Raile Alligood, M., 2014. *Modelos y teorías en enfermería*. Octava ed. s.l.:Elsevier Mosby.
- Riffo Luengo, S. & Salazar Molina, A., 2008. Aplicación del Proceso de Enfermería según el Modelo de Roy en pacientes con Diabetes Mellitus. *Enfermería Global*, Octubre, Issue 14, pp. 1-13.
- Serrano Gallardo, P., 2012. *Trabajo Fin de Grado en Ciencias de la Salud*. Madrid: Difusión de Avances en Enfermería (DAE).
- Wesley, R., 1997. *Teorías y modelos de enfermería*. Segunda Edición ed. s.l.:McGRAW-HILL INTERAMERICANA.

Anexo 1. Esquema del Modelo de Adaptación



Fuente: De Roy, Sr. C y Andrews, H.A. The Roy Adaptation Model: The Definitive Statement. Norwalk, Conn.: Appleton & Lange, 1991

Anexo 2. Consentimiento para el informante

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPACIÓN EN TRABAJO FIN DE GRADO


Usted se compromete a colaborar en la elaboración del Trabajo Fin de Grado de la alumna **RAQUEL CARRERA GARCÍA** que actualmente cursa 4º curso de Grado en Enfermería en la Universidad Pública de Navarra.

Toda la información que usted comparta con dicha persona será totalmente confidencial, siendo transformados los datos identificativos y personales a datos ficticios que no serán relevantes ni modificarán la elaboración de dicho trabajo.

La información y los datos que usted ponga en común con la alumna nunca serán revelados, y su uso será únicamente académico, quedando en sus manos el uso de este documento en otros ámbitos.

Por este motivo, usted firma este documento siendo consciente, totalmente libre y lo hace de forma voluntaria, queriendo usted participar y colaborar en el proyecto de esta alumna.

Pamplona, a 24 de Febrero de 2015



Anexo 3. Cronograma

El cronograma sirve para organizar el diseño que se va a desarrollar en un tiempo determinado. En este apartado se va a determinar qué actividades se van a realizar y cuándo se tiene previsto. Además de servir como herramienta organizativa sirve para saber si se cumplen los propósitos o si surgen contratiempos a lo largo del desarrollo del Trabajo Fin de Grado.

Dicho cronograma ha sufrido varios cambios:

- La búsqueda del caso tuvo que retrasarla unas semanas. La realicé a mediados del mes de enero de 2015.
- La primera entrevista tuvo lugar en enero de 2015, en la cual le planteé la idea de participar en el TFG. La segunda entrevista fue en febrero de 2015 en la cual realicé la valoración de enfermería según los modos de adaptación de Roy. Y hubo una tercera en la cual se le realizó la entrevista que se transcribe en el Anexo 2. y a partir de la cual se ha elaborado el relato biográfico.

	Octubre 2014	Noviembre 2014	Diciembre 2014	Enero 2015	Febrero 2015	Marzo 2015	Abril 2015	Mayo 2015	Junio 2015
Elección del tema									
Búsqueda bibliográfica									
Revisión bibliográfica									
Búsqueda de caso									
Elaboración del consentimiento									
Elaboración de la entrevista									
Valoración y análisis de datos									
Planificación									
Ejecución									
Discusión, conclusiones y resumen									
Cita con directora									
Elaboración presentación TFG									
Exposición TFG									

Anexo 4. Transcripción de la entrevista

Raquel: Vamos a comenzar la entrevista, ¿estás preparada?

Informante: Sí

Raquel: ¿Cómo te diste cuenta de que algo no iba bien?

Informante: Pues yo hace muchos años, lo que te he comentado antes, me tocaba y me palpaba unos nódulos ahí y yo iba a revisiones pero tampoco hacía mucho caso porque era que tenía unas cicatrices ahí de quistes idiatíricos que me habían operado de pequeña. Entonces me habían cortado el tendón y vaya, tenía eso así y después no me pudieron hacer reconstrucción con el dorsal porque tenía eso cortado. Bueno, pues por eso no detectaban el cáncer. Me fui al camión que vamos a los 45 años y me dijeron que me notaban algo pero que me llamarían al año siguiente. Total yo que al año siguiente me empezó a supurar el pezón y yo dije que aquí algo pasa. Total que llamé. Yo me bajé de Pamplona y le digo a una amiga que estaba en casa voy a llamar porque tengo aquí que me supura, fíjate se ve que me había cogido ya el cáncer la piel y eso. Y a mí eso no me... pero fíjate que en ningún momento pensé que era cáncer. Mira que modorra. Total que le digo a mi amiga voy a llamar esta tarde al centro de... en la calle...

Acompañante: En la calle Leire

Informante: Estando allí esperando, me llaman ellos “oye Mariajesus ¿qué tal?”. Pues mira que estoy preocupada porque veo que me supura el pezón y tal y yo creo que ha pasado más de un año. Enseguida me dijeron “pues suba”. Cuando vieron como estaba enseguida me hicieron mamografía, la eco y ya sabían ellos, ahí ya sabían. Vaya, yo cuando fui a la revisión al oncólogo enseguida me dijo, sin hacerme punción y sin nada, que tenía un cáncer, un tumor maligno. Me fui sola (se ríe), sin Jesús ni nada, con una prima que me encontré por ahí que iba a la UCI a ver a la tía. Total que eso...

Raquel: En ese momento te dieron el diagnóstico con certeza de que padecías cáncer...

Informante: (Interrumpe) A los poquicos días que fui a los resultados, de todas maneras, cuando vi las caras de todos yo dije algo tengo. Con todo yo fui a esto tan tranquila, ya te digo, no vino ni Jesús ni nada, y me senté allí. El médico me dijo “lo siento Mariajesus pero tiene usted un tumor maligno, bueno, que tiene un cáncer”. Así me lo soltó ¡eeh! Si un poco bruto sí que fue ese médico, sí. Hombre, me quedé, así temblando (lo simula). Vaya que me podía haber dado algo. Y luego nada, de allí pasé de las consultas cruce al...a hacerme la biopsia, sola, directamente. Solica me crucé al otro lado. Yo allí esperando... Total que entro a hacerme la biopsia y los médicos “¿qué tal Mariajesus? ¿Qué tal?”. Les digo no me digáis ¿qué tal? Que estoy un poco cabreada, porque me acaban de decir que tengo cáncer como si me hubieran dado un caramelo de café con leche y ahora vete y hazte esto, y solica que estoy que no está ni mi marido...pues la verdad es fuerte, es muy fuerte. Yo creo que soy muy fuerte porque...no sé por qué... Hombre me acuerdo que en un rincón, bajando de consultas, que me puse en un rincón y me puse las gafas y me eché a llorar pensando como le decía a Jesús y a mis hijos todo esto, lo que me acaba de pasar. Yo es que en ese momento, no puedes reaccionar. Y luego cuando fui al otro lado, me serené un poquito y ya está. Luego, cuando me hicieron la biopsia no me dijeron ni adiós, yo estaba mirándolos y ellos se miraban entre ellos pero nada... Ya veo que no me decís nada les dije, aunque hoy ya me han dicho bastante. Así que volví a la semana con Jesús a por los resultados con el primer médico. Y le digo, no vuelvas a hacerle eso a otra persona

jeehj, que a mí me podía haber dado algo porque tú en ningún momento me has dicho que cabía la posibilidad de que yo tuviera algo maligno, entonces como me puedes soltar de buenas a primeras si yo me estoy esperando a que me hagas más pruebas y más reconocimientos y una biopsia, sin darme los resultados. ¿Sabes lo que te quiero decir?

Raquel: Sí, sí

Informante: Es que yo a veces soy tan inconsciente que no me di cuenta de lo que podía ser, algo malo. Entonces a mí me pilló más de sorpresa por eso, sin hacerme biopsia ni nada, soltármelo así de golpe. Yo pensaba que te decían después. Y me dice, “si ya me di cuenta en cuanto empezabas a temblar, así...” Y entonces empezó él “Mariajesus que igual no es esto...que tenemos que seguir haciendo pruebas”. Entonces quiso él arreglar un poquito la situación, y vaya, le perdoné porque yo a principio me sentí herida de que me hiciera eso, y cuando volvimos a ir le dije que no volviese hacerle eso a una persona de verdad. Es preferible que me hubiera dicho “Mariajesus pues no sé, ahí aquí alguna cosica, vamos a hacer la biopsia” Digo, no te parece a ti que hubiera sido mejor (refiriéndose a lo que le dijo al médico). Bueno, luego nos hicimos la mar de amigos (ríe). Y nada, así fue como me enteré. Después, como estaba mi tia ingresada y yo quería que me operaran enseguida, todos los días a Atención al Paciente, “que yo quiero que me operen enseguida porque yo tengo que tener mucho” y así todo el tiempo hasta que por pelma me operaron.

Raquel: ¿Cuánto tiempo pasó desde que te dijeron que tenías cáncer hasta que te operaron?

Informante: No me acuerdo exactamente, pero igual 40 o 45 días.... (duda)

Acompañante: Sí, más de un mes.

Informante: Y vaya, no te digo nada cuando tuve que llamar a Jesús para decirle lo que me pasaba. Y cuando vino Jesús y tuve que llamar a los hijos... Son unos días duros duros. Pero yo, a la semana cuando fui a que me dijeran todo lo que me iban a hacer y cómo iba a ser la operación, yo era la persona como la que ves ahora. Completamente relajada, había asumido mi enfermedad, porque yo al médico le dije, como él fue tan duro conmigo, cuando fui y me dijo “mira 15 días y a los 15 días se te caerá el pelo porque te vamos a dar quimio agresiva... quiero que sepas que yo fui duro cuando te dije eso pero ahora quiero...” Y yo le dije, no no, pero si yo quiero me digas todo, hoy vengo preparada para esto. Y ahora yo también te voy a hacer una pregunta (revive el momento) ¿a mí esto me va a matar porque tengo una metástasis? Me dice “no”. Bueno pues ya vale (contestó ella), ahora ya luchar y luchar. Y esa ha sido la cuestión de lo que era el cáncer. Luego se complicaron otras cosas, con los port-accats, me pusieron en un lado y luego en otro porque me entró una infección. Me quedé muy delgadica, perdí 10 o 15 kilos. La gente se pensaba que me iba a morir por el cáncer y era porque no comía. Con la quimio tan fuerte y eso...

Raquel: Cuando le contaste a tu marido todo, ¿cómo fue ese momento?

Informante: Pues es que no te puedo decir... porque de eso no me acuerdo mucho. ¿Te llamé o ibas a subir tú? (le pregunta)

Acompañante: Me llamaste, que estabas en Pamplona con los tíos, y me dijiste que subiera que me tenías que decir algo.

Informante: Sabes lo que pasa, es que al tío y a la tía no les quería decir que tenía cáncer, entonces le llamé y le dije que subiera y se lo conté en la habitación. Pues nada, los dos llorando. Me decía “Ay Marí, mira que te pase esto”. Mi lucha fue después animarlos a todos, porque todos se quedaron tan mal, los hijos y mi marido, que yo decía aquí alguien tiene que ser fuerte, si la que tengo que pasar y la que me han pasado las cosas es a mí y yo tengo que... la operación que me ha dicho que va a salir bien, que va a ir hacia delante. A mí él me daba mucha penica (por su marido), ya te digo salir del consultorio y echarme a llorar por cómo le decía a Jesús y a mis hijos que tenía cáncer. Fíjate, yo nunca me había pensado porque estas cosas, cuando le pasan a otra persona, pues tu dices fíjate si me pasara a mí esto que pena, que esto que lo otro. Pero cuando te pasa, al momento es así, pero luego....ahí está la fuerza de la mente, en decir no, que yo soy otra más y tengo que luchar para tirar para adelante, también por mi marido y por mis hijos. Es una lucha, dura, pero yo creo que también te hace, no sé, yo no creo que fuera mala persona, pero yo creo que te hace mejor persona, las cosas que te pasan y con las que sales adelante. A mí esa sensación me da, sabes. Yo me acuerdo que al pueblo me traían a todas las que tenían cáncer, podía haber puesto consulta, me las traían para que les levantara el ánimo. Eso así, hasta gente que ni conocía. Hasta gente que no era ni del pueblo, ¿verdad Jesús?

Raquel: ¿Iban a tu casa?

Informante: Sí, me acuerdo de una mujer, que al final murió. Yo madre mía, les animaba, más contentas todas. Y yo también claro.

Raquel: ¿Cuánto duró el tratamiento?

Informante: Pues el tratamiento, me dieron 6 ciclos de quimio. Me ingresaban, esto ya en San Miguel. Me operaron en el Hospital Virgen del Camino y después la quimio me dieron en San Miguel. Y la radio me dieron en la Universitaria. En cada sitio una cosa. Me dieron 6 sesiones allí, me ingresaban 48 horas, y después en el port-accats me colgaban unas capsulas así de líquido y eso tenía que ir a rellenar. Así que la duración de la quimio cuatro días, muy dura, de devolver. Yo iba allí a la clínica, me quitaba la peluca, me ponía el pañuelico y me metía a la cama y no quería que viniera nadie. Un día vino una enfermera y abrió la puerta y me dijo “Ay perdona, que creía que estaba otra paciente”. No me reconoció, fíjate lo que cambiaba de verme vestida y con peluca a verme en pijama allí en la cama. No quería que me entraran comida, ni beber, ni nada nada. El tiempo que estaba allí nada, devolviendo. Pero vaya, luego íbamos a casa, que estaba mi tía mala y me iba al hospital después de estar vomitando. Y nada, y yo todo así, sin pensar en irme al pueblo ni nada. Más que pensar en ayudar a mi tía y a ellos. Me ingresaron, me operaron, estuve 17 días porque seguía echando el drenaje. Esta actitud me hizo a mí luchar contra el cáncer.

Raquel: ¿Cómo viviste el cambio de imagen con la caída del pelo?

Informante: Pues mira, cuando se me cayó el pelo, tengo una prima peluquera allí en Pamplona. Y me dijo que cuando empezase a caerse el pelo que no esperara, que iría. Así que fui a la peluquería, Jesús estaba aparcando y ni me vio. Porque yo con ella fui a la peluquería a por una peluca para cuando llegaría el día. Así que nada, allá me pasó la maquinilla. Yo dije cuando haga calor, calvorota y ya está (se ríe). Y esa fue la actitud, Raquel, no hay otra manera de vivir la vida para las enfermedades que ésta. A mí me lo parece. Pues nada, fue allí y me peló toda, me plantó la peluca, me la cortó y puso bien, como llevaba yo el pelico y todo eso y ya está. Luego llegó el verano y en casa sin peluca.

Mi hermana la mayor, lleva dos años operada, y cuando quiera la ves sin teta, le da igual. Y es que esa es la actitud. Pero ves, mis hermanas también han tenido esta actitud ante la enfermedad y esto. Y cuando me bajé, me probaba con la bicicleta y llegaba a la esquina, y “Ala Marí, que no puedes, otro día ya podrás” (se decía a si misma).

Raquel: Ahora, ¿en qué punto te encuentras?

Informante: Hace 15 días me hicieron revisión y me han mandado la carta, que han encontrado un tumor que parece de origen benigno. Esto te anticipa y te genera miedo, pero bueno, venga lo que venga, lo afrontaremos.

Raquel: Muchas gracias Mariajesus, espero que todo vaya muy bien y que no sea nada más que lo que piensan.

Informante: Vale, gracias a ti también. Cualquier cosa ya sabes donde estamos.